

Aşa dar, în acest studiu am evaluat eficacitatea terapiei de întreținere cu progesteron micronizat la pacientele tratate cu succes cu tocoliză pentru travaliu prematur. Datele noastre sugerează o diferență de 12 zile în prelungirea sarcinii. Efecte adverse ale progesteronului micronizat nu au fost determinate.

Concluzii:

1. Conform rezultatelor analizei conduitei gravidelor cu iminență de naștere prematură am constatat, că utilizarea preparatelor de progesteron micronizat trebuie să fie argumentată prin constatarea datelor clinice și prin determinarea factorilor de predicție.

2. În baza datelor primite putem menționa, că folosirea progesteronului micronizat permite prelungirea statistic veridică a sarcinii la gravidele cu simptome de iminență de naștere prematură în mediu cu $35,2 \pm 5,8$ zile, comparativ cu $22,5 \pm 7,8$ zile în lotul de gravide fără administrare de progesteron.

Bibliografie

1. Goldenberg R.L., Culhane J.F., Iams J.D., Romero R. *Epidemiology and causes of preterm birth*, The Lancet, 2008;371(9606):75-84.
2. Hassan S., Romero R., Vidyadhari D., Fusey S., Baxter J.K., Khandelwal M., Vijayaraghavan J., Trivedi Y., Soma-Pillay P., Sambarey P., Dayal A., Potapov V., O'Brien J., Astakhov V., Yuzko O., Kinzler W., Dattel B., Sehdev H., Mazheika L., Manchulenko D., Gervasi M.T., Sullivan L., Conde-Agudelo A., Phillips J.A., Creasy G.W., for the Pregnant trial: *Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial*. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011, **38**(1):18-31. PubMed Abstract | Publisher Full Text
3. Jenkins-Manning, Flenady V. Dodd J., et al. (2006). *Care of women at risk of preterm birth: a survey of reported practice in Australia and New Zealand*. *Aust. NZ J.* 46(6), 546-8.
4. Fonseca E.B., Celik E., Parra M., Singh M., Nicolaides K.H., Fetal Medicine Foundation Second Trimester Screening Group: *Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix*. *N Engl J Med* 2007, **357**:462. PubMed Abstract | Publisher Full Text
5. Lang C., Iams J. *Goals and strategies for prevention of preterm birth: an obstetric perspective*. *Pediatric clinics of North America* 2009;56:537-563.
6. Murray J.L. (1998). *Natural Progesterone: what role in women's health care?* *Health Primary Care*. 1,671-87.
7. Penzias A.S. & Alper M.M. (2003). *Luteal support with vaginal micronized progesterone gel in assisted reproduction*. *Reprod Biomed Online*. 6, 287-95.
8. Sanchez-Ramos L., Kaunitz A.M., Delke I. *Progestational agents to prevent preterm birth: a meta-analysis of randomized controlled trials*. *Obstet Gynecol* 2005, **105**:273-9. PubMed Abstract | Publisher Full Text

SARCINA PROLONGATĂ/SUPRAMATURATĂ – PROBLEMĂ ACTUALĂ ÎN OBSTETRICA CONTEMPORANĂ

Taisia Eșanu – dr. în med., conf. univ.,

Olga Cernețchi – dr. hab. în med., prof. univ.,

Constantin Ostrofeț – dr. în med., conf. univ.,

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF USMF “Nicolae Testemițanu”

(șef catedră - prof. univ., dr. hab. în med., Olga Cernețchi)

tesanu@rambler.ru

Rezumat

Fiecare a 4-a parturientă internată în secția obstetricală reprezintă naștere într-o sarcină prolongată/supramaturată. Sarcina prolongată/supramaturată se prelungește cu 10-14 zile mai mult decât cea normală, dar diagnosticul definitiv se stabilește numai după finisarea nașterii. Realitatea prezenței acestei probleme în timp s-a demonstrat prin acțiunea nefastă asupra fătului, care poate deceda înaintea, în timpul sau după naștere și prin multitudinea metodelor de declanșare a travaliului la acest contingent de parturiente. Studiul a demonstrat că incidența sarcinilor prolongate/supramaturate constituie 801 (25,7%) cazuri din numărul total de nașteri 3116 (100%), iar nașterea supramaturată s-a constatat numai în 111 (3,56%) cazuri din numărul total de nașteri sau în 13,85% cazuri din toate sarcinile prolongate.

Cuvinte-cheie: sarcina prolongată/supramaturată

Summary: Prolonged/overripped pregnancy in modern Obstetrics

Each 4th calving admitted in obstetrical department, represents a birth in a prolonged overripped pregnancy. The prolonged /overripped pregnancy means plus 10-14 days than in a normal one, but the final diagnosis can be established only after finishing birth. The reality of this problem in time, has been demonstrated the negative influence on baby, which

could be, before in or after birth, and the many methods of beginning the labor at these carvings. This study of comes to demonstrate that the incidence of prolonged/overripped pregnancy represents 801 (25,7%) cases, from the total number of births – 3116 (100%), but the prolonged birth has been found in 111 (3,56%) cases from the total number of births, or in 13,85% cases from all the overripped pregnancies.

Key words: prolonged/overripped pregnancy

Резюме: Пролонгированная/переношенная беременность - актуальная проблема в современном акушерстве

Каждая 4 роженица поступившая в акушерском отделение представляет роды в пролонгированной / переношенной беременности. Пролонгированная/переношенная беременность продливается больше на 10-14 дней чем в норме, но окончательный диагноз ставится только после родов. Реальность этой проблемы показала в её неблагоприятном действии на плод, который может погибнуть до родов, во время родов и в раннем послеродовом периоде, а также при многочисленных методов родоразрешения. Данное исследование доказало, что частота пролонгированной /переношенной беременности составляет 801 (25,7%) случаев из всех родов 3116 (100%), но переношенная беременность отмечалась только в 111 (3,56%) случаев из всех родов, или в 13,85% случаев из всех пролонгированных беременностей.

Ключевые слова: пролонгированная/переношенная беременность

Actualitatea temei

Sarcina care se prelungește cu 10-14 zile mai mult decât cea normală poate fi apreciată ca prolongată sau suprapurtată.

Sarcina prolongată se finisează cu nașterea unui copil funcțional matur, fără semne de supramaturare și fără semne de îmbătrânire a placentei [1,3,5].

Sarcina supramaturată adevărată se caracterizează prin nașterea unui copil cu semne certe de supramaturare: lipsa sebumului, macerația tegumentelor, oligoamnioza. La supramaturarea marcată a fătului în lichidul amniotic apare meconiu și culoarea lui devine verzuie sau surie [1,3,5].

Pentru sarcina supramaturată sunt caracteristice semne de îmbătrânire a placentei (microinfarcte, subțierea sau îngroșarea placentei). Sarcina supramaturată este o problemă care prezintă un mare interes practic și științific în obstetrică. Actualitatea acestei probleme se explică prin multitudinea de complicații în naștere, mortalitate perinatală înaltă [2].

Incidența sarcinii prelungite oscilează între 2,4-3,68%. Realitatea prezenței acestei probleme s-a demonstrat prin acțiunea nefastă asupra fătului care poate deceda înainte, în timpul sau după naștere [1,2,5].

Etiologia și patogeneza sarcinilor supramaturate [1,2,3,4,6]:

1. Schimbări endocrine: în funcția glandei tiroide, diabetul zaharat, schimbări în raportul dintre hormonii sexuali feminini (estrogen/progesteron);

Anamneza obstetricală și ginecologică complicată cu avorturi, procese inflamatorii, operații la uter;

2. Dereglări de ciclu menstrual (menarha timpurie sau întârziată, ciclul neregulat, ciclu de 35 de zile, opsomenoreea, spaniomenoreea);

3. Dereglări în sistemul nervos central (hipotalamus, sistemul limbic, structurile din scoarță, amplasate în lobii temporali ai emisferelor cerebrale);

4. Maladiile ficatului, stomacului și intestinului, care contribuie la dereglări în sinteza și metabolizarea hormonilor sexuali feminini;

5. La femeile aflate o perioadă îndelungată la pat, cu scop de păstrare a sarcinii și cele cu mod sedentar de viață, căpușorul fătului rămâne mult timp nefixat, nu excită aparatul receptor al segmentului inferior al uterului;

6. Prezența patologiilor obstetrice: gestozele tardive, prezentațiile pelviene, oblice, transversale;

7. Infantilismul general și al organelor genitale;

8. Alimentația irațională și insuficientă, astfel fătul având nevoie de mai mult timp pentru maturizare;

9. Predispoziția ereditară și individuală (o sarcină supramaturată mărește riscul de 3-4 ori de a se repeta);

10. Patologia cardiovasculară, care provoacă hipoxia cronică a fătului;

11. În survenirea sarcinii, în evoluția ei și caracterul dezvoltării activității de naștere un rol important îi revine estrogenilor, progestinelor, prostoglandinelor, corticosteroizilor, gonadotropinei horionice, mediatorilor (acetilcholină, catecolamină, serotonină, chinină, histamine), enzime, electroliți, microelemente și vitamine. Nivelul de estrogeni are rol important în declanșarea travaliului, dar nu reprezintă factorul decisiv. Estrogenii se sintetizează în sistemul fetoplacentar, începându-se de la dehidroepiandrosteron în suprarenalele fătului, care în ficatul fătului se hidrolizează în 16-DEAS, iar în placenta se transformă în estriol. Numai o cantitate destul de mică de DEAS se formează în organismul matern;

12. S-a constatat că anomalii de dezvoltare a fătului, în temei a SNC și a suprarenalelor duc la prolongarea și supramaturarea sarcinii;

13. Schimbările în placenta, în sarcina supramaturată sunt secundare, însă mai apoi dezvoltarea în

suficienței placentare dereglează metabolismul fetal, diminuând viabilitatea fătului.

Termenul sarcinii și data nașterii se determină după următoarele date: după data ultimei menstruații (280 de zile), după fecundare (168-275 de zile), după ovulație (266 de zile), după prima vizită la medic, după prima mișcare a fătului, după USG, după formula Jardania, Sculschi, după datele OMS (de la prima zi a ultimei menstruații minus 3 luni plus 7 zile) [1,2].

Diagnosticul se pune în baza datelor examenului obstetrical și examenului instrumental. Din datele examenului obstetrical pentru sarcina supramaturată sunt caracteristice: diminuarea circumferinței abdomenului gravidei cu 5-10 cm (cauza deshidratării); diminuarea turgorului pielii gravidei; micșorarea masei corporale a gravidei (aproximativ cu 1-2 kg); mărirea înălțimii fundului uterin; mărirea consistenței uterului din motive de oligoamnioză; la examenul vaginal – duritatea oaselor căpușorului fetal, fontanelele și suturile sunt mici; schimbarea BCF la ascultație, care confirmă hipoxie fetală provocată de insuficiența placentară; eliminările din glandele mamare-lapte matur și nu colostru; colul uterin “nematurizat”.

Către semnele de supramaturare a nou-născutului se referă: culoarea verzuie a tegumentelor, ombilicului, membranelor amniotice, macerarea pielii, mai ales, la mânuțe și tălpi, diminuarea sebumului și țesutului adipos cu micșorarea turgorului pielii (aspect de îmbătrânire a copilului), unghiulele ies din loja unghială, oasele căpușorului fetal dure, suturile și fontanelele înguste [1,2,5,6].

Scopul studiului constă în determinarea consecințelor supramaturității asupra declanșării travaliului și asupra nou-născuților.

Material și metode

Au fost analizate fișele de observație clinică a gravidelor, parturientelor și lăuzelor precum și a nou-născuților lor din IMSP SCM N1, secț. obs. Nr.3 (anul 2012).

Rezultate și discuții

Studiul efectuat a demonstrat că incidența sarcinii prelungate/supramaturate constituie 801 (25,7%) cazuri din numărul total de nașteri (3116). Din ele – nașteri supramaturate s-au confirmat post-natal în 111 (3,56%) cazuri, ceea ce constituie 13,85% cazuri din toate sarcinile prelungate.

În structura sarcinilor prelungate/supramaturate – 535 (66,79%) cazuri sunt la primipare. Din toate sarcinile prelungate fătul s-a născut fără semne de supramaturare; apreciat la termen în marea majoritate din cazuri – 690 (86,15%). Din toate parturientele cu sarcină prelungată, incluse în studiu, au avut termenul 41 săptămâni de gestație 665 (83%); 41-42 săptămâni s-a constatat la 111 (13,85%) parturiente; 42 și

mai mult de 42 săptămâni s-a semnalat în 25 (3,12%) cazuri.

Post-natal sarcina supramaturată s-a confirmat în unele cazuri la parturientele cu termen de gestație 41-42 de săptămâni și în toate cazurile 42 și mai mult de 42 de săptămâni de gestație. Cazuri de supramaturare la parturientele cu termen de gestație până la 40, 40-41 și 41 de săptămâni nu s-au înregistrat în studiul dat. Din numărul total de gravide cu sarcină prelungată au fost internate direct la naștere 606 (75,65%); din patologia sarcinii - 195 (24,35%) parturiente.

Sarcina a fost indusă hormonal în 2 cazuri (0,2%). Din numărul total de sarcini prelungate per vias naturalis s-au declanșat în 667 (83,27%) cazuri; prin operație cezariană – 90 (11,23%) cazuri; numărul operațiilor cezariene pe secție alcătuind 407 (13%), menționăm, că este cu 2% mai mic decât la numărul total de nașteri. Operația cezariană în nașterea supramaturată constituie 31%. Acest fenomen îl explicăm din contul sporirii incidenței aplicării vacuum-extracției fătului – 44 (5,49%) cazuri din numărul de sarcini prelungate comparativ cu vacuum-extracția fătului în general pe secție – 136 (4,4%) din numărul total de nașteri.

Tabelul 1

Complicațiile sarcinii la gravidele din grupul de studiu

| Nr. d/o | Patologii extragenitale | Nr. absol. de cazuri | % |
|-------------------------------|----------------------------------|----------------------|-------|
| 1. | Patologie renală | 44 | 5,49 |
| 2. | Patologie cardiovasculară | 4 | 0,49 |
| 3. | Infecții TORCH | 15 | 1,87 |
| 4. | Obezitate | 40 | 4,99 |
| 5. | Anemie | 25 | 3,12 |
| 6. | Patologie a tractului respirator | 2 | 0,24 |
| 7. | Patologie a tractului digestiv | 2 | 0,24 |
| Patologii obstetricale | | | |
| 1. | HTA indusă de sarcină | 9 | 1,12 |
| 2. | Insuficiență fetoplacentară | 34 | 4,24 |
| 3. | Polihidramnioză | 30 | 3,74 |
| 4. | Oligoamnioză | 12 | 1,49 |
| 5. | Făt macrosom | 131 | 16,35 |

Procentul aplicării vacuum extractorului a crescut și din contul dereglărilor de ritm cardiac fetal (56 cazuri – 6,99%) și anume când operația cezariană nu mai putea fi efectuată – căpușorul fătului era în cavitatea sau la ieșirea din bazinul mic. În sarcina supramaturată nașterea s-a complicat cu insuficiența forțelor de contracție în 44 (5,49%) cazuri; de 2 ori mai

frecventă a fost insuficiența secundară (66%), comparativ cu insuficiența primară (33%). Placenta *aderens* s-a confirmat în 4 (0,48%) cazuri. Retenții de țesut placentar au avut loc în 41 (5,11%) cazuri, care au fost urmate de raclaj al cavității uterine în perioada a treia de naștere. Hemoragii hipotonice s-au constatat în 7 (0,87%) cazuri și, 2 (0,24%) cazuri s-au finalizat cu histerectomie din motive de hemoragii marcante (mai mult de 1,5 litri de sânge) și care se prelungeau.

Menționăm, că din numărul total de nou-născuți supramaturați (111) au avut nevoie de îngrijire și tratament în secția de terapie intensivă și reanimare 11 (9,9%), depășind cu mult procentul nou-născuților la termen, trecuți prin terapie intensivă – 54 (1,73%) cazuri. Transferați la etapa a doua de îngrijire a nou-născuților în secția de neurologie – 7 (6,0%) din nou-născuții supramaturați, nediferențiindu-se de media nou-născuților la termen, transferați la etapa a doua – 186 (5,97%) cazuri. Decese perinatale în structura nașterilor supramaturate nu s-au semnalat, ceea ce denotă un management corect al nașterilor în sarcinile prelungite/supramaturate în IMSP SCM nr.1, secț. obstetricală Nr. 3

Concluzii și recomandări

1. Studiul a demonstrat o incidență a nașterilor supramaturate de 3,56% din numărul total de nașteri sau de 13,85% cazuri din toate sarcinile prelungite/supramaturate.

2. Conform studiului conchidem că sunt supramaturate nașterile la 42 și mai mult de 42 de săptămâni de gestație.

3. Incidența operației cezariene în nașterile supramaturate – 31%, depășește cu mult incidența acelei intervenții în nașterile la termen – 11,85%.

4. Nou-născuții cu semne de supramaturare frecvent au nevoie de îngrijire postnatală în condiții de staționar (în terapia intensivă – 9,9% cazuri, la etapa a doua de îngrijire în neurologie – 6,0% cazuri).

5. Pentru mamele cu sarcina supramaturată frecvent s-a complicat nașterea cu hemoragie masivă, urmată de histerectomie (2 histerectomii la 111 cazuri).

6. În baza studiului, care denotă supramaturarea la sarcina de 42 și mai mult de 42 de săptămâni, recomandăm internarea pre-partum în secția de patologie a sarcinii gravidele cu termenul sarcinii 41 de săptămâni.

Bibliografie

1. Gh.Paladi, Olga Cernetchi și coaut. "Obstetrica Patologică", CEP Medicina, 2007.
2. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т., Новиков Б.Н., Зайнулина М.С., Палинка Г.К., Тарасова М.А. *Акушерство: учебник для медицинских вузов*, 2010.
3. Eden, Elizabeth (16 November 2006). "A Guide to Pregnancy Complications". HowStuffWorks.com. Retrieved 2008-11-13.
4. Kendig, James W. (March 2007). "Postmature Infant". *The Merck Manuals Online Medical Library*. Retrieved 2008-10-06.
5. Sandra D. Dayaratna, *Obstetric Evidence Based Guidelines, Second Edition*, March 2012.
6. "Postmaturity". Morgan Stanley Children's Hospital of New York-Presbyterian. Retrieved 2008-11-13.

PROGNOZAREA EVOLUȚIEI BOLII INFLAMATORII PELVINE ACUTE

Cătălin Cauș – asist. univ.,

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

(șef catedră: dr. hab., prof. univ. Olga Cernetchi)

causcatalin@yahoo.fr

Rezumat

Termenul „boală inflamatorie pelvină (BIP)” este considerat un termen modern ce definește infecțiile genitale superioare, înlocuind vechile denumiri ale acestor afecțiuni genitale (anexită, metroanexită, parametrită, salpingită, salpingo-ovarită, piosalpinx etc.). Scopurile lucrării prevăd aprecierea gravității BIP și prognozarea evoluției bolii. Conduita medicală a pacientelor cu BIPA și evoluția bolii sunt determinate de adresarea timpurie, stabilirea diagnosticului prin evaluarea gradului de gravitate a bolii, localizare și răspândire a procesului.

Cuvinte-cheie: boala inflamatorie pelvină (BIP), infertilitate, ecografie

Summary: Forecasting the evolution of acute pelvic inflammatory disease

Pelvic inflammatory disease (PID) is usually the result of infection ascending from the endocervix causing endometritis, salpingitis, parametritis, oophoritis, tuboovarian abscess and/or pelvic peritonitis. PID can be cured if the initial infection is treated immediately. If infection is not recognized, as frequently happens, the process of tissue destruction and scarring that results from inflammation of the tubes results in irreversible changes in the tube structure